

告示番号		5		慢性消化器疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	42 肝巨大血管腫								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]			易疲労性: [なし ・ あり]			出血傾向: [なし ・ あり]					
	消化器	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]			脾腫大 (触診): [なし ・ あり]			腹部膨満: [なし ・ あり]					
	呼吸器・ 循環器	呼吸障害: [なし ・ あり]			心不全: [なし ・ あり]								
	内分泌・代謝	甲状腺機能障害: [なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他): ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	血小板数: () × 10 ⁴ / μL			血清総ビリルビン (T-Bil): () mg/dL			AST: () U/L						
	ALT: () U/L			アンモニア (NH3): () μg/dL			PT: () 秒						
病理検査	消化管生検: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	部位: [食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸]												
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	所見: ()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()												
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
呼吸管理	気管挿管: [なし ・ あり]			気管切開管理: [なし ・ あり]									
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり]												
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]			導入年月: (年 月)									
	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]			導入年月: (年 月)									
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]			実施日: (年 月 日)									
治療	術式: ()												
	所見: ()												
今後の治療方針	治療 (その他): ()												
	今後の治療方針: ()												
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日)			終了日: (年 月 日)			治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日)			終了日: (年 月 日)			通院頻度: () 回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科
医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()